

ESTADO DE NEW YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
SOLICITUD PARA PADRES/MADRES ADOPTIVOS
SOLO ADOPCIÓN

Instrucciones:

Solicitantes: Cada solicitante debe completar un formulario de solicitud por separado. Los buscadores una casa/trabajadores de agencias informarán al solicitante si se requiere documentación de apoyo.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE							
NOMBRE DEL SOLICITANTE:							
APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:							
FECHA DE NACIMIENTO: / /	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: - -	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:					
INFORMACIÓN DE CONTACTO TELEFÓNICO:							
TELÉFONO PARTICULAR: () - <input type="checkbox"/> N/C				TELÉFONO CELULAR: () - <input type="checkbox"/> N/C			
DIRECCIÓN ACTUAL:							
CIUDAD:				ESTADO:		CÓDIGO POSTAL:	
HACE CUÁNTO TIEMPO: <input type="checkbox"/> Es propietario <input type="checkbox"/> Alquila				DISTRITO ESCOLAR:			
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho							
INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA ¹							
SEXO: ² <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino							
¿QUÉ PRONOMBRES USA? <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Sin distinción de género <input type="checkbox"/> Otro							
IDENTIDAD DE GÉNERO: ³ <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Género no conforme <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No contesta							
ORIENTACIÓN SEXUAL: ⁴ <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual o lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No contesta							
RAZA:			ORIGEN ÉTNICO:			AFILIACIÓN RELIGIOSA:	
IDIOMAS QUE HABLA:							
¿NATIVO AMERICANO? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si la respuesta es sí, indique su afiliación tribal/nacional:</i>							
INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR *Se requiere el Número de Seguro Social (SSN) para todos los miembros del grupo familiar de 18 años de edad o más.							
<input type="checkbox"/> N/C							
	APELLIDO, PRIMER NOMBRE	APELLIDO, PRIMER NOMBRE	APELLIDO, PRIMER NOMBRE	APELLIDO, PRIMER NOMBRE	APELLIDO, PRIMER NOMBRE	APELLIDO, PRIMER NOMBRE	APELLIDO, PRIMER NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE							
RELIGIÓN							

¹ El solicitante tiene derecho a negarse a responder las preguntas de esta sección sin que esto afecte su solicitud.

² El término "sexo" se refiere a las características biológicas y fisiológicas de una persona.

³ El término "identidad de género" se refiere a la percepción interna que una persona tiene de sí misma, sin importar su anatomía.

⁴ El término "orientación sexual" se refiere a la atracción emocional, romántica y sexual de una persona con otras.

PARA COMPLETAR
NOMBRE DE LOS SOLICITANTES:
NOMBRE DE LA AGENCIA:

SEXO							
ORIGEN ÉTNICO							
IDIOMAS							
ESTADO CIVIL							
*SSN							

¿Hay niños en su grupo familiar que estén en crianza temporal, esperando por la finalización de la adopción?

No Sí *Si la respuesta es sí, explique:*

¿Hay niños en su grupo familiar que no estén en crianza temporal, esperando por la finalización de la adopción?

No Sí
Si la respuesta es Sí, explique:

OTROS NIÑOS (DE MENOS DE 18 AÑOS) QUE RESIDAN FUERA DEL GRUPO FAMILIAR	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE
---	---------------------	-----------	--------------------------------

N/C

	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

NIÑOS ADULTOS QUE RESIDAN FUERA DEL GRUPO FAMILIAR	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE
---	---------------------	-----------	--------------------------------

N/C

	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

INQUILINOS/ARRENDATARIOS	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE
--------------------------	---------------------	--------------------------------

N/C

	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

MASCOTAS/OTROS ANIMALES – TIPO SEGÚN ORDENANZA LOCAL	¿ESTÁN VACUNADOS?	¿AUTORIZADOS?
---	----------------------	---------------

N/C

	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

EXPERIENCIA EN LA CRIANZA DE CRIANZA TEMPORAL/ADOPTIVA

¿Actualmente es un padre/madre adoptivo aprobado? No Sí

Si la respuesta es sí, dé las fechas de aprobación, los nombres de las agencias de aprobación y la información de contacto.

FECHA DE APROBACIÓN	AGENCIA DE APROBACIÓN	INFORMACIÓN DE CONTACTO
/ /		
/ /		
/ /		

¿Ha aplicado previamente para ser padre/madre de crianza temporal o adoptivo en este estado o en otro estado? No Sí

Si la respuesta es sí, dé los nombres de las agencias y la información de contacto.

AGENCIA	INFORMACIÓN DE CONTACTO

¿Fue aceptado, anulado o rechazado? Aceptado Dado de baja Rechazado

Si anulado o rechazado, ¿cuál fue el motivo?

¿Ha tenido alguna certificación de padre/madre de crianza temporal que ha sido revocada, suspendida, cedida o que ha caducado?

N/C No Sí

Si la respuesta es "Sí", ¿cuál fue el motivo?

TRANSPORTE

¿Cuáles son sus planes para transportar al niño cuando sea necesario?

Si su respuesta fue "vehículo personal":

¿Aportó pruebas?

presentado una licencia de conducir válida?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<i>Si la respuesta es sí, indique fecha de vencimiento:</i>	/ /	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
presentado seguro del vehículo válido?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<i>Si la respuesta es sí, indique fecha de vencimiento:</i>	/ /	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
presentado registro válido?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<i>Si la respuesta es sí, indique fecha de vencimiento:</i>	/ /	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
presentado inspección válida?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<i>Si la respuesta es sí, indique fecha de vencimiento:</i>	/ /	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

REFERENCIAS

Mencione tres referencias que puedan servir como referencias personales.

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO/DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACIÓN DE EMPLEO

EMPLEADOR ACTUAL:	FECHA DE INICIO:
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR:	
CIUDAD:	ESTADO:
	CÓDIGO POSTAL:

PUESTO:	HORARIO:	
NOMBRE DE CONTACTO DEL EMPLEADOR:	NÚMERO DE CONTACTO DEL EMPLEADOR:	CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO DEL EMPLEADOR:

Historia de empleo

Empleador:

Fechas de empleo: / / Hasta / /

Puesto:

Horas trabajadas por semana:

Motivo de su salida:

Empleador:

Fechas de empleo: / / Hasta / /

Puesto:

Horas trabajadas por semana:

Motivo de su salida:

Empleador:

Fechas de empleo: / / Hasta / /

Puesto:

Horas trabajadas por semana:

Motivo de su salida:

INFORMACIÓN COMERCIAL DE LA CASA

¿Hace actividades comerciales fuera de su casa?

 No Sí

Si la respuesta es "Sí",

a. ¿Cuáles son los horarios de atención?

b. ¿Tiene licencia para cualquiera de las actividades comerciales en su casa?

c. Describa:

¿Tiene un programa de cuidado infantil o cuidado diurno en su casa?

 No Sí

Si la respuesta es "Sí",

a. ¿Cuáles son los horarios de atención?

b. ¿Cantidad de niños?

c. Describa:

¿Maneja una casa tipo familiar para adultos?

 No Sí

Si la respuesta es sí:

Describa:

PLAN PARA SUPERVISIÓN

¿Cuáles son sus planes para supervisión de uno o varios niños cuando no esté disponible (es decir, durante el horario laboral, después de la escuela, verano, etc.)?

HISTORIAL EDUCATIVO

 EDUCACIÓN MÁS ALTA ALCANZADA: Escuela primaria Escuela secundaria TASC (GED) Grado de bachiller
 Título de licenciatura Título de máster Doctorado Otro:

Dé detalles [como nombre de las escuela/facultad/universidad; especialidad/plan de estudio; años de asistencia; fecha de graduación]:

INFORMACIÓN ECONÓMICA

INGRESO DEL EMPLEO (verificado por W-2 o 1040):	
OTRO INGRESO Y FUENTE:	<input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Manutención de menores <input type="checkbox"/> Otro, especifique:
INGRESO MENSUAL TOTAL:	

GASTOS MENSUALES:

¿Su familia está sufriendo alguna clase de factor estresante económico (por ejemplo, ejecución hipotecaria, quiebra, etc.)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si la respuesta es Sí, explique:</i>	
¿Su familia tiene cobertura de seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
▶ alquiler/hipoteca	\$
▶ servicios públicos (incluyendo teléfonos y cable)	\$
▶ pagos del automóvil	\$
▶ seguro del automóvil	\$
▶ otro seguro	\$
▶ préstamos/deudas, tarjetas de crédito	\$
▶ comida, vestimenta, etc.	\$
▶ entretenimiento	\$
Total de gastos mensuales	\$
FIRMA DEL SOLICITANTE: X	FECHA: / /

DECLARACIÓN JURADA – Una por solicitante

Conteste las preguntas abajo en su totalidad:

APELLIDO:	NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:	
NOMBRE DE SOLTERO O CUALQUIER OTRO ALIAS:			
DIRECCIÓN POSTAL ACTUAL:	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
1. ¿Alguna vez lo condenaron por un delito en el estado de Nueva York o en cualquier otra jurisdicción o estado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si la respuesta es sí, explique cada delito por el que haya sido condenado, e incluya el tipo de delito, el lugar, la fecha y las circunstancias:</i>			
2. ¿Alguna vez condenaron a alguna persona mayor de 18 años que actualmente viva en la casa por un delito en el estado de Nueva York o en cualquier otra jurisdicción o estado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si la respuesta es sí, explique cada delito por los que las personas hayan sido condenadas, e incluya el tipo de delito, el lugar, la fecha y las circunstancias:</i>			
A mi leal saber y entender, afirmo que la información anterior es verdadera y está completa. Entiendo que la información está sujeta a verificación y que el hecho de hacer una declaración o afirmación falsa podría dar lugar a la descalificación como solicitante por la presentación de información falsa o engañosa de manera intencional.			
FIRMA DEL SOLICITANTE: X		FECHA: / /	